

Psicoterapia das depressões

Sidnei Schestatsky¹, Marcelo Fleck¹

Os autores examinam o status atual das psicoterapias no tratamento das depressões, principalmente das quatro formas melhor testadas empiricamente nos últimos 10 anos: psicoterapia interpessoal, psicoterapia cognitiva e comportamental, e psicoterapia psicodinâmica breve. Descrevem-se os principais estudos de eficácia destas psicoterapias assim como uma revisão meta-analítica dos mesmos. Conclui-se que já há sólidas evidências de bons resultados nas depressões ambulatoriais e unipolares quando tratadas por intervenções psicossociais, combinadas ou não com farmacoterapia.

Unitermos: Psicoterapia; depressões; eficácia dos resultados.

Depression psychotherapy

The present status of psychotherapeutic treatment for depression is examined, especially the impact of the four types of psychotherapy that have been best tested empirically in the past 10 years: interpersonal therapy, cognitive and behavioral therapies, and brief psychodynamic therapy. Both the main efficacy studies of those therapies as well as a meta-analytic review of their results are described. The conclusion is that there is strong evidence of favorable outcome when ambulatorial unipolar depression is treated by psychosocial interventions, in isolation or in combination with pharmacotherapy.

Key-words: Psychotherapy; depression; efficacy of outcomes.

Revista HCPA 1999;19(1):62-70

Introdução

A última década deste século, homenageada em certos círculos como a “década do cérebro”, se aproxima do seu fim confirmando, em parte, várias das expectativas nela depositadas, como o expressivo desenvolvimento das neurociências e a consolidação da chamada revolução nas ciências cognitivas, consideradas, por alguns autores (1), como “a nova ciência da mente”.

O que talvez não fosse tão esperado é que este mesmo período marcasse, igualmente, o ressurgimento científico das psicoterapias, ou, mais amplamente, das intervenções psicossociais, como técnicas efetivas no tratamento e/ou manejo de várias psicopatologias, incluindo até suas formas mais graves, como a esquizofrenia (2, 3). Mas foi sobretudo na área das depressões que nos últimos 10 anos se realizaram os estudos maiores e melhores controlados

1 Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Programa de Transtornos do Humor (PROTHUM), Hospital da Clínicas de Porto Alegre. Correspondência: Dr. Sidnei Schestatsky, Av Taquara 596 conj 204, CEP 90640-210, Porto Alegre, RS, Brasil. Fone/fax: +55-51-330.6363. e-mail: psiq@hcpa.ufrgs.br

metodologicamente, sobre a eficácia de pelo menos quatro tipos de psicoterapia: cognitiva, comportamental, interpessoal e psicodinâmica. Os objetivos desta revisão são o de resumir alguns destes resultados mais significativos e descrever, com algum detalhe, o tipo de psicoterapia interpessoal para as depressões, considerada em vários centros acadêmicos americanos, surpreendentemente, como uma técnica ainda experimental e com um lugar algo indefinido nos programas de treinamento das residências psiquiátricas daquele país (4).

Tipos de psicoterapia testados na depressão

Serão feitos breves resumos das formas mais estudadas para o tratamento da depressão (5) antes de se discutir estes estudos propriamente ditos. A psicoterapia comportamental deriva seus pressupostos da teoria de aprendizado social, ou da análise funcional do comportamento, e seus modelos mais frequentemente praticados são os de autocontrole, treinamento de habilidades sociais, planejamento de atividades e treinamento na solução de problemas. Ela assume que a depressão e os reforços ambientais sejam fenômenos relacionados, e que os déficits nas habilidades sociais contribuam para a incapacidade do paciente de obter os reforços positivos disponíveis no ambiente social e/ou de lidar com as adversidades do cotidiano. Há quatro elementos básicos nesta terapia: análise funcional do contexto dos sintomas, monitoração e planejamento de atividades com o paciente, manejo de experiências aversivas e desenvolvimento de habilidades sociais.

O modelo de Beck (6) é o mais pesquisado na psicoterapia cognitiva, que extrai seus conceitos da psicologia cognitiva e social, da teoria de processamento de informações e da própria teoria psicanalítica. Pacientes deprimidos expressariam “pensamentos automáticos negativos” (pessimismo, desesperança, auto-depreciação) sobre si mesmos, seu mundo e seu futuro. Beck notou que estas cognições negativas se mantinham por meio de um modelo distorcido de processar informações, criando um círculo vicioso, em que o afeto deprimido aumentava a intensidade dos

pensamentos negativos que, por seu turno, aumentavam os distúrbios afetivos, cognitivos e comportamentais. As cognições negativas surgiriam da ativação de crenças disfuncionais subjacentes, aprendidas, construídas e mantidas, de forma inconsciente, desde a infância. A característica essencial desta terapia é o uso de uma abordagem colaborativa, de “testagem” das hipóteses distorcidas do paciente. Os sintomas agudos da depressão são enfrentados com o uso de técnicas comportamentais e verbais (identificação, enfrentamento e desafio das cognições negativas). Mais adiante, as intervenções têm como alvo desafiar as crenças disfuncionais mais arraigadas e assim tentar diminuir a vulnerabilidade do paciente a futuros episódios depressivos. A adição de técnicas comportamentais às estratégias cognitivas faz com que frequentemente se associe ambos os modelos e se fale em uma psicoterapia cognitivo-comportamental (PCC) para a depressão.

As psicoterapias psicodinâmicas breves (7-12) têm em comum a concepção da depressão como um fracasso adaptativo resultante de conflitos intrapsíquicos e, mais modernamente, de distúrbios relacionais. Ao invés de se dirigirem aos sintomas depressivos em si mesmos, elas têm como objetivo usar a relação terapêutica para investigar e esclarecer estes conflitos precoces, principalmente os relacionados com problemas de privação, proximidade e intimidade afetivas. Os diversos formatos destas psicoterapias compartilham pelo menos uma ou mais das seguintes características: foco centralizado em temas de perdas e separação, seleção de pacientes altamente motivados, e ênfase nas interpretações transferenciais e na elaboração da raiva e pesar pela terminação sempre iminente da terapia. Luborsky (12) resumiu assim os principais eixos destas psicoterapias breves “suportivo-expressivas”: a) prover apoio e *containment* para as ansiedades iniciais do paciente e para o estabelecimento de uma aliança terapêutica com o mesmo, e b) usar os conflitos que o paciente expressa na relação transferencial, para entender melhor o contexto de seus sintomas depressivos e as estratégias mais maduras para resolvê-los.

Psicoterapia interpessoal

A psicoterapia ou terapia interpessoal (TIP) é um tratamento de tempo limitado, planejado especificamente para tratar a fase aguda das depressões maiores, unipolares e não-psicóticas, e que foi desenvolvido e testado através de testes clínicos randomizados por Gerald Klerman e colaboradores, que publicaram seu manual em 1984 (13). A TIP foi introduzida no treinamento dos residentes de psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre desde o início da década de 90, por um dos autores deste artigo (SS), fazendo parte atualmente das técnicas terapêuticas padrão, combinada ou não com psicofármacos, Programas de transtorno do humor (PROTHUM).

Baseada principalmente nas idéias da escola interpessoal de psicanálise de Sullivan (14), nos estudos sobre o luto de Freud (15) e na teoria do apego de Bowlby (16), a TIP não considera os fatores interpessoais como causa da depressão. Conceptualiza a depressão como um fenômeno complexo e multi-determinado, que deve ser objeto de investigações científicas em várias áreas do conhecimento. No entanto, parte do princípio de que a depressão ocorre num contexto social e interpessoal e seu início, resposta ao tratamento e prognóstico, são influenciados pelas relações interpessoais do paciente deprimido com suas pessoas significativas (17). Utiliza a conexão entre os fenômenos interpessoais atuais e os sintomas depressivos como um foco de tratamento e lida, de um modo geral, com relações interpessoais mais atuais e não tanto passadas, auxiliando o paciente a manejar de forma mais adequada os problemas interpessoais que estejam associados ao início ou manutenção do episódio depressivo.

A TIP procura concentrar como foco do tratamento uma área problema. São quatro as áreas-problema frequentemente encontrada nos pacientes deprimidos, e como tal assim definidas pela TIP: 1) luto (perda por morte); 2) disputas interpessoais (com parceiro, filhos, outros membros da família, amigos, companheiros de trabalho); 3) mudança de papéis (novo emprego, saída de casa, término dos estudos, mudança de casa, divórcio, mudanças econômicas ou outras mudanças familiares); 4) déficits

interpessoais (solidão, isolamento social).

Estas áreas podem estar combinadas, mas preferencialmente uma, ou no máximo duas, devem ser eleitas como foco, priorizando-se aquelas mais diretamente relacionadas com o desencadeamento do episódio depressivo atual. A TIP está estruturada para, em geral, ser realizada em 16 sessões, com frequência semanal.

Fases da terapia interpessoal

Sessões iniciais

Correspondem às três sessões iniciais, em que é colhida a história psiquiátrica, com ênfase no diagnóstico da depressão através dos critérios das classificações vigentes. A seguir é atribuído o “papel de doente” ao paciente, sendo-lhe explicado o que é a depressão e agrupando os seus diferentes sintomas como sendo componentes desta síndrome. A atribuição do papel de doente visa a aliviar o paciente de obrigações sociais usuais, percebidas como acima de suas capacidades durante o episódio depressivo, evitando que se sinta ainda mais culpado por não poder desempenhar-se como antes da doença. Uma importante tarefa desta fase é a elaboração do inventário das relações interpessoais. Este inventário consiste na identificação das relações interpessoais mais significativas na vida do paciente e das características destas relações em termos de padrões de interação, expectativas, aspectos satisfatórios e insatisfatórios, desejos de mudança de comportamentos na sua pessoa e na do outro, padrões de comunicação verbal e não verbal. O terapeuta, então, relaciona a depressão do paciente à sua situação interpessoal, dentro das quatro áreas problema citadas: luto, disputas de papéis, transição de papéis e déficits interpessoais. Nesta etapa, é discutida a necessidade de se associar medicação, baseando-se nos sintomas do paciente, resposta a tratamentos prévios e suas preferências, pesando-se as potenciais vantagens e desvantagens desta combinação.

Sessões intermediárias

Nas sessões intermediárias as áreas problema são investigadas a partir dos objetivos

e estratégias definidos no manual desenvolvido pelos autores da técnica (13). No luto, considerado como uma reação não normal após a morte de alguém amado pelo paciente, a função do terapeuta é facilitar a expressão dos sentimentos associados e auxiliar o paciente a encontrar, gradualmente, novas atividades e relacionamentos, visando uma melhor elaboração da perda. No caso das disputas de papéis, o terapeuta ajuda o paciente a examinar as características da relação e a natureza da disputa, a fim de verificar a possibilidade de resolução dos conflitos, ou a possibilidade da relação ter chegado a um impasse, ou de ter atingido um estágio de irreversibilidade, com um rompimento inevitável e necessidade de busca de outras alternativas. Transição de papéis é uma área problema que inclui as mudanças importantes de estilos de vida, como o início ou fim de uma carreira profissional, aposentadoria, promoção de emprego, diagnóstico de alguma doença grave. O tratamento visa a auxiliar o paciente a lidar com a mudança, reconhecendo de forma mais realista os aspectos negativos e positivos do novo e do velho papel. A quarta área problema é denominada de déficits interpessoais naqueles pacientes com grandes dificuldades nas habilidades sociais, incluindo as de iniciar e manter relações interpessoais. Como estes pacientes raramente têm relações interpessoais importantes atuais, o foco do tratamento recai sobre relações passadas, ou sobre a relação com o terapeuta e sobre o início da formação de novas relações.

No anexo há um resumo dos objetivos e estratégias das diversas etapas da TIP em relação às diferentes áreas problemas (13).

Sessões finais

A fase final dura poucas sessões, centrando-se no estímulo ao paciente de reconhecer e consolidar seus progressos, bem como desenvolver a capacidade de identificar e lidar com novos sintomas depressivos, caso apareçam, no futuro.

Terapia interpessoal de manutenção (TIP-M)

A depressão é uma doença que tende a ser recorrente. Com isto, os tratamentos de

manutenção, destinados a evitar recidivas, têm crescido muito em importância atualmente. O tratamento psicoterápico de manutenção é uma alternativa importante à farmacoterapia nos pacientes em que a medicação não está indicada (p.ex: durante a gravidez), e nos pacientes que não toleram ou não querem receber medicação (18). Além disso, muitos pacientes melhoram sintomaticamente da depressão, mas os problemas sociais e interpessoais associados podem persistir entre os episódios, podendo desencadear recorrências (19).

A TIP-M é uma forma de tratamento de manutenção que parte da idéia de que o paciente deprimido, além de ter vulnerabilidades biológicas e de personalidade, possui um contexto psicossocial e interpessoal que lhe predispõe à recorrência. A TIP-M foi desenvolvida para manter a recuperação e reduzir esta vulnerabilidade para futuros episódios, focando no contexto interpessoal da depressão. Enquanto a TIP se preocupa em modificar o contexto psicossocial associado com o episódio depressivo, a TIP-M procura reforçar o contexto psicossocial do estado de remissão, atuando com pressupostos da “medicina preventiva”, para ajudar o paciente ou nos problemas que persistiram após a recuperação, ou, muitas vezes, na resolução daqueles que surgiram com a recuperação (20). Desta forma, o terapeuta que realiza TIP-M deve estar atento para os sinais iniciais de problemas interpessoais que sejam similares àqueles identificados como tendo contribuído para episódios depressivos prévios.

A TIP-M tem sido aplicada com a frequência de uma vez por mês, embora a frequência ideal para um tratamento psicoterápico de manutenção ainda não esteja completamente definida. As áreas problema definidas para a TIP são as mesmas utilizadas pela TIP-M.

Resultados de estudos individuais sobre a eficácia das psicoterapias

São quatro os principais estudos realizados com o fim de testar a eficácia das psicoterapias, dos quais faremos, entre outros, um breve resumo. Três deles examinaram

principalmente os tratamentos nas fases agudas da depressão (com seguimentos de 12 a 18 meses) e um deles acompanhou, de 3 a 5 anos, 230 pacientes, com tratamentos de manutenção. Os três primeiros são a) o programa de pesquisa sobre o tratamento da depressão do NIMH; b) o estudo da Universidade de Minnesota de psicoterapia cognitiva e farmacoterapia; e c) o segundo projeto de psicoterapia de Sheffield (21-24). O quarto estudo é o de psicoterapia de manutenção a longo prazo da Universidade de Pittsburgh (25-28).

Tratamento agudo

Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA (NIMH)

Realizou, dentro de um programa colaborativo de pesquisa em três centros diferentes, o estudo mais amplo e metodologicamente bem conduzido na avaliação de três diferentes formas de tratamento da depressão (21) e que se tornou referência para todos os demais estudos que se seguiram. Foram selecionados 250 pacientes, dos quais 239 entraram no estudo, sendo aleatoriamente submetidos a quatro condições de tratamento, por 16 semanas: psicoterapia interpessoal, terapia cognitivo-comportamental, imipramina mais manejo clínico – IMI+MC- (média de 185 mg/dia de IMI após a 2ª semana de tratamento) e placebo mais manejo clínico (PLA+MC). Houve uma ordem consistente de respostas, com imipramina + manejo clínico tendo o melhor resultado, placebo + manejo clínico o pior, e as duas formas de psicoterapia um resultado intermediário, mais próximo aos resultados obtidos pela imipramina + manejo clínico. Quando a análise foi realizada com a amostra total de pacientes, sem levar em consideração a gravidade inicial da doença, não houve evidência de maior efetividade de uma das psicoterapias sobre a outra, e mesmo do tratamento padrão (IMI+MC) sobre as psicoterapias. Quando comparadas com PLA+MC, houve limitada evidência de um melhor desempenho da psicoterapia interpessoal e nenhuma evidência para a psicoterapia cognitiva. Foi então realizada uma análise secundária, dividindo a amostra total pela gravidade da sintomatologia depressiva

(Hamilton > 20) e prejuízos do funcionamento. Esta análise ajudou a entender a ausência de diferenças relevantes na análise original. Diferenças significativas entre as formas de tratamento foram obtidas apenas para o subgrupo de pacientes mais gravemente deprimidos e com maior comprometimento de seu funcionamento social. Com estes pacientes, houve alguma evidência da eficácia da TIP e forte evidência da eficácia da IMI+MC. Em contraste, não houve diferenças entre os escores médios dos diferentes tratamentos, inclusive o PLA+MC, para os pacientes menos deprimidos e com menor comprometimento funcional.

A interpretação deste último achado deve ser cuidadosa: ele não se deve ao pobre desempenho nem da TIP, da PCC ou da imipramina, mas sim aos bons resultados dos pacientes no grupo do PLA +MC (pelo menos na sub- amostra de pacientes moderadamente deprimidos): é preciso lembrar que o MC incluía elementos inespecíficos de tranquilização, esclarecimento sobre os sintomas e instilação de esperança na melhora, o que o qualificaria como uma forma de psicoterapia de apoio mínima (23).

Os autores lembram, também, que a eficácia da IMI, já exaustivamente testada, não foi testada; a IMI foi apenas utilizada (exatamente por já ter sido testada) como um tratamento padrão de referência. Aham, portanto, que os resultados obtidos com as psicoterapias testadas devem ser devidamente valorizados, porque não apenas foram comparadas com um tratamento combinado (IMI+MC=IMPI+psicoterapia mínima de apoio) como se usou um controle dos mais estritos (placebo+psicoterapia mínima de apoio). Em um certo sentido, pode-se inclusive considerar que as diferenças observadas entre PLA+MC e as psicoterapias poderiam refletir diferenças entre os elementos inespecíficos da condição controle e as intervenções técnicas específicas da TIP e da PCC. 2

Em outro estudo, Klein e Rossi criticaram a abordagem estatística utilizada por Elkin e cols. (21) para examinar os dados que apresentaram. Reanalizando-os através da técnica de Johnson-Neyman, obtiveram, no entanto, uma ordenação dos tratamentos semelhante à obtida por aqueles autores, mas com níveis de significância

superiores, especialmente para os pacientes mais sintomáticos. Assim, confirmaram a superioridade da IMI+MC sobre os demais tratamentos, e encontraram alguma superioridade da TIP sobre a PCC e sobre PLA+MC, e da PCC sobre placebo + manejo clínico, nos pacientes mais gravemente deprimidos.

University of Minnesota Study

Preocupados com os resultados algo ambíguos a respeito da eficácia da PCC no estudo do NIMH, Hollon e cols. (26) replicaram-no, em menor escala, contrastando apenas a PCC com a imipramina. Foram incluídos 107 pacientes e, ao fim do estudo, distribuídos entre três regimes terapêuticos de 12 semanas (IMI+MC, PCC apenas, e PCC+IMI) e um quarto regime, que estendia por mais 12 meses um grupo que recebia IMI+MC. No fim do estudo, todos os regimes obtiveram bons resultados nos 64 pacientes que o completaram, sem diferenças significativas entre os mesmos (a PCC foi administrada em mais sessões – 20 – e por terapeutas mais experientes do que no estudo do NIMH, mantendo-se semelhante a condição de MC).

Shapiro e cols. (27) compararam a eficácia da psicoterapia exploratória (uma psicoterapia psicodinâmica-interpessoal) e da psicoterapia prescritiva (análoga à psicoterapia cognitivo-comportamental), estratificando a amostra de acordo com a gravidade da depressão e da duração dos tratamentos (de 8 e 16 semanas). A pesquisa foi realizada na Inglaterra (Sheffield Psychotherapy Project) (24), com uma amostra de 169 pacientes. Na maioria das medidas, os tratamentos foram igualmente eficazes, desencadeando seus efeitos com a mesma rapidez e tendo resultados equivalentes em diferentes níveis de gravidade dos sintomas. Encontrou-se, no entanto, uma interação entre o nível inicial dos sintomas e a duração da terapia: pacientes com depressões de leve a moderada responderam igualmente bem com 8 ou 16 semanas de terapia. Ao contrário, os com depressão mais grave tiveram uma melhora significativamente maior com 16 semanas de tratamento.

Tratamento de continuação e de manutenção

O primeiro estudo que avalia resultados a médio prazo da TIP é de 1974 (29). Neste estudo, 150 pacientes ambulatoriais do sexo feminino, agudamente deprimidos, que responderam com 4 a 6 semanas de tratamento com amitriptilina, foram randomizados para receber 8 meses de tratamento com somente TIP semanal, somente amitriptilina, amitriptilina + TIP, TIP + placebo, somente placebo ou nenhum medicamento. Farmacoterapia mostrou-se eficaz para prevenir recaídas. A associação de TIP com farmacoterapia não diminuiu a frequência de recaídas. Por outro lado, TIP melhorou o funcionamento social. Em função dos efeitos complementares dos tratamentos, o tratamento combinado (psicoterapia + farmacoterapia) foi considerado o de melhor desfecho.

Klerman e cols. (29) estudaram mais detalhadamente o efeito da TIP na mesma amostra do estudo anterior. Concluíram que a psicoterapia melhorou o ajustamento social nos sub-itens performance no trabalho, comunicação e ruminação ansiosa. Estes efeitos só apareceram a partir do 61 ao 81 mês do tratamento e foram complementares ao efeito da farmacoterapia que foi eficaz na prevenção de recaídas.

Weissman e colaboradores seguiram por 1 ano pacientes deprimidos unipolares ambulatoriais, não psicóticos, que receberam TIP, amitriptilina, TIP + amitriptilina e tratamento não agendado. Não houve diferença a longo prazo dos efeitos dos tratamentos inicialmente randomizados nos sintomas clínicos, já que 1 ano depois a maioria dos pacientes estava assintomática (80%). Paciente que receberam TIP (com ou sem farmacoterapia) tiveram um melhor funcionamento social, sugerindo que os pacientes que a TIP poderia ter efeitos mais duradouros nestas áreas.

Frank e cols. (22) estudaram o “tempo de sobrevivência” (*survival time*) durante os primeiros 18 meses depois da descontinuação da medicação em 74 pacientes com depressão recorrente unipolar. Enquanto variáveis demográficas, clínicas ou relacionadas com o tratamento farmacológico não predisseram o

tempo para recorrência, psicoterapia interpessoal de continuação foi significativamente relacionada com maior tempo de sobrevivência. Cinquenta por cento do grupo que freqüentou as visitas clínicas após a suspensão da medicação, experienciaram recorrência de 21 semanas, enquanto aqueles que fizeram TIP de manutenção tiveram 50% de recorrência após 61 semanas.

Frank e cols. (28) conduziram um estudo naturalístico para avaliação de tratamento de manutenção com 128 pacientes com depressão recorrente que responderam ao tratamento agudo e de continuação com imipramina e psicoterapia interpessoal combinadas. Um delineamento de cinco células (imipramina, TIP-M + imipramina, TIP-M, TIP + placebo e acompanhamento clínico + placebo) foi usado para determinar se apenas TIP ou TIP + imipramina podem ter um papel na prevenção de recorrência. Embora a associação imipramina + TIP não tenha mostrado superioridade estatística sobre imipramina, a análise de sobrevivência mostrou efeito significativo da TIP na prevenção de recorrência e nenhuma interação, indicando, portanto, que a direção do efeito da psicoterapia foi similar tanto no tratamento combinado quanto no tratamento psicoterápico isolado. Além disso, para os pacientes não recebendo medicação ativa, sessões mensais de TIP estenderam de forma significativa o “tempo de sobrevivência” com uma mediana de mais de 1 ano. Uma aplicação clínica importante deste achado é que em mulheres grávidas com depressão recorrente, TIP-M pode ser utilizada como tratamento de manutenção durante toda a gravidez e período de aleitamento sem necessidade de uso de medicação.

Frank e cols. (30), interessados em ver os fatores que aumentariam a eficácia da TIP, estudaram a contribuição da qualidade das sessões de TIP (avaliada através da especificidade e pureza das intervenções interpessoais) na duração do intervalo livre de doença. A análise dos dados mostrou que as psicoterapias que eram mais específicas nas intervenções interpessoais estavam associadas com aumento no “tempo de sobrevivência”. Isto foi afirmado a partir da observação de que pacientes nos quais as sessões eram pontuadas como acima da mediana em especificidade para

TIP tinham uma mediana de sobrevivência de 2 anos, enquanto os que tinham uma mediana baixa em especificidade para TIP tinham um tempo de sobrevivência menor do que 5 meses. Os autores concluem afirmando que se paciente e terapeuta são capazes de manter um alto nível de foco interpessoal, sessões mensais de TIP têm benefício profilático substancial.

Um estudo adicional de 2 anos sobre os dados obtidos no seguimento por 3 anos deste estudo do NIMH (31) seguiu os 20 pacientes que mantiveram-se sem recorrência durante 3 anos com imipramina. Estes 20 pacientes foram randomizados para continuar recebendo medicação ou placebo. Treze pacientes continuaram a receber TIP nesta extensão de mais 2 anos e os demais (7) realizaram acompanhamento clínico. O “tempo de sobrevivência” médio no grupo que usava imipramina foi de 99 semanas, enquanto que no grupo placebo foi de apenas 54 semanas. Um número maior de pacientes que recebiam TIP + placebo mantiveram-se sem recorrência comparado com os que não receberam TIP.

Outras aplicações da terapia interpessoal

Distímia

A abordagem interpessoal foi sugerida como potencialmente eficaz para pacientes distímicos, visto que estes pacientes apresentam padrões crônicos de dificuldades interpessoais. Markowitz e Klerman (32) desenvolveram um manual (“Manual for Interpersonal Therapy of Dysthymia”) na Universidade de Cornell, especificando adaptações que incluem o diagnóstico de distímia dentro da terapia como uma nova forma de transição de papéis. Um objetivo central da TIP para distímia é ajudar o paciente a reconhecer que alguns aspectos que ele julgava como inerentes a sua personalidade, são relacionados com seu humor e portanto mutáveis. Por ser (por definição) a distímia um quadro crônico, muitas vezes é difícil para o paciente separar o que é traço de estado. O terapeuta de TIP deve procurar junto com o paciente áreas ou épocas de sua vida de

funcionamento adequado e aquisições genuínas, que freqüentemente o paciente omite ou não valoriza no seu estado disfórico. O reconhecimento destas áreas de competência podem servir de base para o desenvolvimento de uma auto-estima e auto-confiança baseadas em elementos da realidade.

As quatro áreas problema descritas para TIP na depressão maior são utilizadas na distímia, com algumas adaptações. O luto tende a ser uma área menos prevalente para os pacientes com distímia. Nas disputas interpessoais, é freqüente nos pacientes a supressão da raiva como forma de manter uma relação em que o outro fica sendo uma figura supervalorizada. A raiva retrofletida freqüentemente resulta em um padrão masoquista de relação interpessoal.

A transição de papéis é particularmente utilizada como área problema na distímia ao se considerar o próprio diagnóstico e tratamento da distímia como sendo um novo papel. Os déficits interpessoais representam a área problema mais difícil de ser abordada nos pacientes distímicos em parte porque a própria pobreza de relacionamentos interpessoais acaba restringindo muito o material trazido às sessões. Estes déficits muitas vezes são relacionados com o humor e a TIP pode simultaneamente aliviar os sintomas depressivos e questionar crenças e comportamentos ligados ao humor. Para pacientes deprimidos, os déficits tipicamente incluem: isolamento social, sentimento de inadequação, falta de auto-confiança e uma inabilidade culpada de expressar raiva.

Os estudos utilizando TIP na distímia, restringem-se a dois estudos abertos com número restrito de pacientes (33) e o estudo piloto do manual para psicoterapia interpessoal (18). Os resultados até o momento são animadores, mas delineamentos mais elaborados são necessários para realmente evidenciar sua eficácia.

Conclusões

A terapia interpessoal que tem seu desenvolvimento a partir de uma corrente da psicanálise nos anos 30 e 40 nos Estados Unidos foi operacionalizada por Klerman e

Weissman (19) através de um manual que define diretrizes básicas para a condução desta forma de terapia em pacientes deprimidos. O estabelecimento de áreas problema como foco, a sua duração breve, bem como a definição de objetivos, estratégias e formas de atuação do terapeuta possibilitou que ela fosse testada empiricamente em delineamentos metodologicamente consagrados para avaliação de resultados de tratamento, confirmando sua eficácia. A partir desta eficácia como tratamento agudo das depressões, suas aplicações, com algumas adaptações, vêm se expandindo recentemente para outros pacientes como distímicos, HIV positivos, bulímicos entre outros.

Klerman, falecido em 1992, considerava que o paciente tem o direito de receber o tratamento mais adequado existente e a escolha deste tratamento deve ser baseada em métodos empíricos e não em ideologia. Ele não considerava a terapia interpessoal nem como o único e nem como o melhor tratamento das depressões, mas como a formalização de um conjunto de procedimentos utilizados para tratar pacientes e que se mostrou eficaz em estudos metodologicamente bem conduzidos independente do entusiasmo de seus idealizadores (18).

Referências

1. Gardner H. La nueva ciencia de la mente. 2ª ed. Buenos Aires: Ediciones Paidós; 1996.
2. Roth A, Fonagy P. What works for whom? A critical review of psychotherapy research. New York: Guilford Press; 1996.
3. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, et al. The environmental-personal indicators in the course of schizophrenia (EPICS) research group: family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II: Two-years effects of a controlled study on relapse and adjustment. Arch Gen Psychiatry 1991;48:340-7.
4. Markowitz JC. Teaching interpersonal psychotherapy to psychiatric residents. Acad Psychiatry 1995;19:167-73.
5. Scott J. Psychological treatments for depression. An update. Brit J Psychiatry 1995;167:289-92.
6. Beck AT, Rush AH, Shaw BF, et al. Cognitive

- therapy of depression. New York: Guilford Press; 1979.
7. Sifneos P. Short-term psychotherapy and emotional crisis. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1972.
 8. Malan D. The frontier of brief psychotherapy. New York: Plenum; 1976.
 9. Davanloo H, editor. Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy. New York: SP Medical & Scientific Books; 1978.
 10. Luborsky L. Principles of psychoanalytic psychotherapy: a manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books; 1984.
 11. Strupp HH, Binder JL. Psychotherapy in a new key: a guide to time-limited dynamic psychotherapy. New York: Basic Books; 1984.
 12. Luborsky L, Mark D, Hole AV, et al. Supportive-expressive dynamic psychotherapy for depression: a time-limited version. In: Barber JP, Crits-Christoph P. Editors. Dynamic therapies for psychiatric disorders (axis I). New York: Basic Books 1995; p. 13-42.
 13. Klerman G, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. Interpersonal psychotherapy of depression. New York: Basic Books; 1984.
 14. Sullivan HS. Clinical studies in psychiatry. New York: Norton; 1956.
 15. Freud S. Luto e melancolia. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, Vol 14. Rio de Janeiro: Imago; 1917; p. 271-91.
 16. Bowlby J. Attachment and loss, vol.1: Attachment. London: Hogarth Press; 1969.
 17. Weissman MM, Markowitz JC. Interpersonal psychotherapy: current status. Arch Gen Psychiatry 1994;51:599-606
 18. Weissman MM. Preface. In: Klerman G, Weissman MM. Editors. New applications of interpersonal psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press; 1993.
 19. Klerman G, Weissman MM. New applications of interpersonal psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press; 1993.
 20. Markowitz JC. Interpersonal psychotherapy for dysthymic disorder. Washington: American Psychiatric Press; 1998.
 21. Elkin I, Shea T, Watkins W, et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General Effectiveness of Treatments. Arch Gen Psychiatry 1989;46:971-82.
 22. Frank E, Kupfer D, Perel JM. Early recurrence in unipolar depression. Arch Gen Psychiatry 1989;46:397-400.
 23. Keller MB, Lavori PW, Mueller TI. Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression: a 5-year prospective follow-up of 431 subjects. Arch Gen Psychiatry 1992;49:809-16.
 24. Weissman MM. Psychotherapy in the maintenance treatment of depression. Brit J Psychiatry 1994; 165(suppl. 26):42-50.
 25. Elkin I. The NIMH treatment of depression collaborative research program: where we began and where we are. In: Bergin, AE, Garfield SL. Editors. Handbook of psychotherapy and behavior change. 4th ed. New York: Wiley & Sons 1994; p. 114-39.
 26. Hollon SD, Du Rubeis RJ, Evans MD, et al. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: singly or in combination. Arch Gen Psychiatry 1992;49:774-81.
 27. Shapiro DA, Barkham M, Ressler A, et al. Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. J Cons Clin Psychology 1994;62:522-34.
 28. Frank E, Kupfer DJ, Perel JM, et al. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. Arch Gen Psychiatry 1990;47:1093-9.
 29. Klerman GL, Dimascio A, Weissman M, Prusoff B, Paykel ES. Treatment of depression by drugs and psychotherapy. Am J Psychiatry 1974;131(2):186-91.
 30. Frank E, Kupfer DJ, Wagner EF, et al. Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression: contributing factors. Arch Gen Psychiatry 1991;48:1053-9.
 31. Kupfer DJ, Frank E, Perel JM. Five-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. Arch Gen Psychiatry 1992;49:769-73.
 32. Markowitz JC, Klerman GL. Manual for interpersonal therapy of dysrhythmia. cidade... : University of Cornell Press; 1993.
 33. Markowitz JC, Klerman GL, Perry SW. Interpersonal psychotherapy of depressed HIV-positive outpatients. Hosp Community Psychiatry 1992 Sep; 43(9):885-90.